

Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta

Primary Health Care Evaluation: a new approach

Oswaldo Yoshimi Tanaka

Doutor e Livre-docente em Saúde Pública. Professor Titular do Departamento de Prática de Saúde Pública Faculdade de Saúde Pública da USP.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira Cesar, CEP 1246-904, São Paulo, SP, Brasil,

E-mail: oytanaka@usp.br

Resumo

Este artigo apresenta uma nova proposta de avaliação da Atenção Básica em Saúde (ABS), utilizando a abordagem sistêmica de Donabedian, com a modificação de que a avaliação desse serviço deveria iniciar pelo componente Processo, visando identificar a adequação da oferta e das relações entre os distintos procedimentos desse nível de atenção. A partir dessa análise deverá ser realizada a busca do resultado preditivo, permitindo a relação entre esses componentes. Com base nessa análise, a avaliação de estrutura ganha significado para o processo de decisão. Faz parte da abordagem a avaliação da rede de atenção, tendo como foco e imagem-objetivo a atenção básica como porta de entrada da rede. Apresenta uma concepção de rede mais dinâmica e flexível e propõe a utilização na avaliação do método misto, englobando a abordagem quantitativa baseada nos bancos de dados existentes no sistema Data-sus e complementada pela abordagem qualitativa, permitindo maior compreensão do significado das relações encontradas nos serviços e na rede. Nesse desenho metodológico, será possível a identificação das variáveis de funcionamento e a organização da ABS e da rede de serviços, possibilitando direcionar a tomada de decisão para a melhoria de qualidade da atenção básica de saúde.

Palavras-chave: Avaliação da atenção básica; Uso de traçadores para a avaliação da atenção básica; Avaliação quanti-qualitativa.

Abstract

A new approach to primary health care evaluation is presented in this paper. It is based on the systemic theory proposed by Donabedian, with the modification that the first component to be evaluated should be the Process, in order to identify services' adequacy and the relationships between the distinct procedures of this level of care. Thus, structure evaluation will have a different meaning for the decision-making process. After this step, it will be important to evaluate the health care network, focusing on primary health care as the entrance door to the network. For this purpose, the paper presents a conception of network that is more dynamic and flexible. A mixed evaluation methodology is proposed in this paper, encompassing the quantitative approach based on the database of the Datasus system (National Database system), complemented by a qualitative approach, allowing a better understanding of the relationships found in the services and the network. In this methodological framework it will be possible to identify variables of primary health care and of the health network to be addressed in the decision-making process, towards the improvement in the quality of primary health care.

Keywords: Primary Health Care Evaluation; Tracers in Primary Health Care Evaluation; Quantitative and Qualitative Approach in Evaluation.

Introdução

A Atenção Básica deve ser a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) na medida em que na Política Nacional de atenção básica (Brasil, 2006, p. 1) define:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Essa definição estabelece sua posição estratégica no SUS ao garantir a universalidade do acesso e a cobertura universal, efetivando a integralidade quanto a integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços. A Estratégia da Saúde da Família (ESF) configura-se como a principal modalidade de atuação da Atenção Básica. Seus princípios são: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, integração com instituições e organizações sociais e espaço de construção da cidadania (Starfield, 1998).

Parece ser consensual, tanto pelas pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde quanto por estudos dessa linha, que a implantação do PSF em municípios de pequeno porte, com pequena ou nenhuma capacidade instalada, que não dispõem de uma rede consolidada de serviços, encontrou inicialmente facilidades operacionais, que, no entanto, a médio prazo apresentaram problemas quanto à sustentabilidade do profissional médico, dificultando a criação de vínculo com o usuário. No entanto, em municípios de grande porte e com maior rede de serviços enfrentou outros desafios, tais como a dificuldade de adesão da clientela, o frágil reconhecimento como porta de entrada do sistema de saúde.

Para Viana e colaboradores (2005), apesar da maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde nos grandes centros urbanos, particularmente, os de média e alta complexidade, observam-se limitações quanto à qualidade e à capacidade de resposta desses serviços, tornando complexa a organização da atenção básica.

Essa complexidade tem gerado distintos atributos à atenção básica, gerando desafios quanto aos limites do alcance da estratégia (Giovannella e col., 2009). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS, 2011) a define como estruturante do sistema, ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado, propiciando manejo do caso, longitudinalidade, acesso e continuidade.

Visando contribuir para a implementação da ESF em busca da construção da rede de atenção, este artigo se propõe a analisar a atenção básica em saúde como porta de entrada da rede de atenção e para a qual apresenta uma proposta metodológica de avaliação, como serviço isolado e também como nó de uma rede. Essa nova proposta de avaliação se baseia na utilização de referenciais teórico-conceituais existentes, com sequência de abordagem quantitativa, que facilitaria a utilização da avaliação no processo de tomada de decisão.

A Atenção Básica em Saúde na Rede de Atenção

Os serviços de atenção básica em saúde não têm, por si só, capacidade de responder a toda a gama de

demandas e/ou necessidade de saúde da população. Portanto para ser o eixo estruturante do sistema deverá compor uma organização de serviços de saúde que disponha de tecnologia diversificada e complementar para propiciar uma adequada resposta aos problemas identificados no processo saúde-doença. No momento atual não se concebe mais esse sistema como modelo piramidal, hierarquizado, racionalizador da tecnologia disponível para brindar o cuidado necessário (Cecílio, 1997).

A atual proposta para a organização dos serviços de saúde para dar conta da integralidade da atenção são as redes de serviços (Brasil, 2010). Nessas redes, não há hierarquia entre os serviços, sendo que cada serviço tem seu papel específico não havendo gradação de importância entre eles. Cada serviço tem suas características próprias, sua função bem definida e densidades tecnológicas distintas na rede. Essa organização possibilita a comunicação de forma horizontal, não autoritária.

Mendes (2008, p. 35) conceitua redes de atenção à saúde como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

Na proposta de construção das redes, cada nó (serviço de saúde) deve ser capaz de ofertar a densidade tecnológica necessária para cumprir suas funções específicas. Para dar conta da complexidade dos problemas de saúde, as redes devem ser múltiplas e incluir diversos tipos de serviços, tanto dentro do setor específico da atenção à saúde quanto em serviços de outros setores como assistência social, justiça, educação, cultura e trabalho, entre outras.

Construir redes de atenção é uma das principais estratégias atuais para a consolidação do SUS, propiciando uma nova relação entre os serviços disponíveis na busca de cumprir o princípio da integralidade (Brasil, 2006).

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos fundamentais (Mendes, 2008, p. 7):

- uma população cadastrada e classificada por subpopulações de risco e vivendo em territórios sanitários;
- um sistema lógico: os modelos de atenção à saúde;
- uma estrutura operacional: os componentes das redes de atenção à saúde.

Outro autor importante, Rovere (1999, p. 19), define:

[...] redes são **redes de pessoas**, se conectam ou vinculam pessoas, ainda que esta pessoa seja o diretor da instituição e se relacione através do seu cargo, mas não se conectam cargos entre si, não se conectam instituições entre si, não se conectam computadores entre si, se conectam pessoas. Por isto é que se diz que **redes é a linguagem dos vínculos**, é fundamentalmente um conceito vincular. (grifos do autor, tradução nossa)

Esse autor também discute a natureza desses vínculos:

[...] redes não são simplesmente **referência e contrarreferência**, a ideia de que soprando por um tubo mando algo que outro recebe e me devolve seria empobrecer as potencialidades do conceito de redes. A partir do momento que a gente entra em rede, entra em vínculos solidários, o que a gente avalia para dizer que os serviços em realidade são uma rede é se há comportamento solidário.

O processo de construção de redes ocorre por níveis ascendentes, aos quais estão relacionadas ações e valores, cujo conhecimento é importante para monitorar os graus de profundidade de uma rede. Esses níveis são: reconhecimento, conhecimento, colaboração, cooperação e associação, sendo que cada nível serve de apoio para o seguinte.

É possível representar essa construção pelo quadro abaixo:

Quadro 1 - Níveis de construção da rede, ações que as caracterizam e valor envolvido na construção da relação

Nível	Ações	Valor
5. Associar-se	Compartilhar objetivos e projetos.	Confiança
4. Cooperar	Compartilhar atividades e/ou recursos.	Solidariedade
3. Colaborar	Prestar ajuda esporádica.	Reciprocidade
2. Conhecer	Conhecer o que o outro é e/ou faz.	Interesse
1. Reconhecer	Reconhecer que o outro existe.	Aceitação

Fonte: Rovere, 1999

Os conceitos de Rovere (1999) sobre a formação das redes são muito importantes e podem ser instrumentos de grande valia para a operacionalização das redes de saúde no SUS.

A proposta de avaliação da ABS sugerida neste artigo é direcionada para a avaliação da atenção básica na rede de atenção não apenas como um serviço isolado, apesar da controvérsia existente nessa forma mais flexível de organização (Vázquez e Vargas, 2006). Para isso, apresentamos as bases teóricas e conceituais que utilizaremos para avaliar a atenção básica, visando à construção da rede de atenção como um processo de decisão da avaliação.

Tendo como base a concepção de rede apresentada, a abordagem metodológica utilizada na avaliação da atenção básica na construção da rede deverá

estar centrada na movimentação do usuário entre os distintos nós da rede (Estrutura), de maneira que a atenção oferecida em cada serviço que compõe a rede atinja o máximo de resolatividade possível, de acordo com o recurso tecnológico alocado em cada nível. A mobilização dos usuários por outros nós da rede deverá ser destinada à oferta/busca de uma tecnologia complementar, dura ou leve (Merhy, 2007), que possibilite melhorar sua situação de saúde.

A avaliação da rede, partindo da atenção básica, deverá estar focalizada na identificação da direção mais adequada de utilização dos serviços, com o objetivo de completar a atenção brindada na atenção básica e propiciando o menor tempo possível nesse trajeto e na oportunidade necessária para evitar o agravamento de problemas de saúde.

Avaliação da Atenção Básica em Saúde para a Construção da Rede de Atenção

A avaliação da ABS é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão. Envolve os seguintes componentes:

- medir;
- comparar;
- emitir juízo de valor;
- tomar decisão.

O juízo de valor emitido no processo de avaliação possibilitará a tomada de decisão visando transformar esse nível de serviço na porta de entrada de uma rede de atenção. Nesse sentido, a avaliação é um instrumento político em busca de poder para modificar/influenciar a direcionalidade e velocidade da atenção à saúde. Será imprescindível para o processo de avaliação o claro mapeamento de qual(is) interessado(s) (*stakeholders*) detém(êm) poder para tomar decisão. O exercício dessa capacidade será dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho, na execução das atividades, como na gestão da rede de atenção (Tanaka e Melo, 2008, p. 119).

Nesse sentido, Contandriopoulos (2002, p. 31) define: “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”

A tomada de decisão neste artigo é entendida como agir para mobilizar recursos, sejam financeiros, materiais, humanos ou outro disponível. Na ABS, teria o potencial de conseguir mais recursos financeiros para investimento no serviço, permitir a flexibilização da regulação para permitir a garantia de atendimento de maior complexidade ou mesmo modificar a prática de trabalho do profissional da equipe que poderia aprimorar o acolhimento ou a ausculta durante a atenção brindada. Assim a avaliação não é só para mostrar “como estamos”, mas para aumentar a capacidade do gestor em mobilizar recursos. Nesse sentido, a proposta de avaliação participativa de quarta geração de Guba e Lincoln (1989) parte da premissa de que ao envolver o interessado, isto é, o ator social (ou a audiência), que tem

a capacidade de mobilizar recursos próprios ou de outrem, o julgamento de valor será compartilhado e negociado em todas as etapas da avaliação. Esse processo transparente e dialógico com os interessados facilitará a mobilização de recursos visando à melhoria de qualidade da atenção prestada.

O marco referencial teórico mais pragmático para a avaliação de ABS é a concepção de avaliação de qualidade proposta por Donabedian (1980, 1993), cujos componentes básicos são: Estrutura, Processo e Resultado. A adoção dessa abordagem facilita e permite a melhor sistematização do processo de avaliação, sendo uma escolha intencional, tendo em vista o objeto da avaliação e considerando as distintas abordagens metodológicas disponíveis (Samico e col., 2010).

Essa proposta requer que a avaliação seja sempre iniciada pelo Processo, por se constituir no componente essencial em que a interação com o usuário concretiza a ação de saúde. Ao optar por esse componente, parte-se do princípio de que a interação deverá ser o espaço em que o serviço de saúde levará em conta o contexto de vida dos usuários. A flexibilização do processo de trabalho, balizado pelas determinantes sociais incorporadas na interação, possibilitará que a concepção sistêmica adotada nesse referencial de avaliação seja a de um sistema aberto, que levará em conta o poder de utilização do usuário para ampliar a acessibilidade à ABS (Frenk, 1985). Os ajustes realizados no processo para garantir a acessibilidade potencializarão a ABS como porta de entrada do SUS.

Nesse sentido, a tomada de decisão, ou seja, a mobilização de recursos, será destinada a realizar os ajustes em pleno processo, de forma dinâmica e oportuna, não precisando necessariamente aguardar o *feedback* de resultados.

Ao iniciar a avaliação pelo Processo será possível identificar os possíveis resultados esperados na ABS, permitindo, assim, concluir a modificação no estado de saúde do usuário decorrente da atenção de saúde prestada. Essa previsão de resultado será utilizada como parâmetro para o juízo de valor a ser emitido na avaliação dos resultados alcançados pelos serviços de ABS.

Tendo avaliado o processo e o resultado, a análise das condições de estrutura será direcionada a emitir

juízo de valor quanto à suficiência e adequação das condições necessárias, ou seja, as tecnologias (duras e leves) (Merhy, 2007) disponíveis na ABS para a realização do processo de atenção. Essa abordagem propiciará a tomada de decisão direcionada à otimização dos recursos disponíveis.

É mais vantajoso iniciar a avaliação da ABS utilizando uma abordagem quantitativa na medida em que há dados suficientes e disponíveis no sistema Datasus, que desde a origem tem focado no processo de atenção, retratado pela produção de procedimentos e pela relação entre as distintas atividades realizada pelos serviços de saúde. Assim, a proposta atual se inicia pela análise da quantidade de atividades, ações ou procedimentos que são realizados como processo de trabalho pelos serviços de ABS junto à população adstrita. Essa apreciação quantitativa inicial possibilitará uma interlocução mais transparente e objetiva com todos os interessados na avaliação.

Nesse sentido, propomos que sejam inicialmente utilizados os dados disponíveis na base de dados do Sistema de Informação ambulatorial (SIA) e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), conforme tem sido utilizado por Tanaka e Drumond Júnior (2010). Considerando que os dados desses sistemas são de produção de procedimentos, propomos que as análises dos dados sejam direcionadas a captar a tendência de informações, tais como:

1. o incremento da oferta tipo consulta básica por habitante, visando identificar a acessibilidade ou a cobertura do serviço junto à população adstrita ou sob responsabilidade sanitária;
2. a relação consulta básica/consulta de urgência, que pode apontar o tipo de utilização que é feita pelo usuário, retratando de certo modo a característica da oferta do serviço;
3. a relação entre a consulta médica/procedimentos da atenção básica, permitindo a identificação da oferta de serviços e objetivando uma expansão do processo saúde doença nesse nível de atenção.

Essa condição pode facilitar a mobilização de recursos pelos distintos interessados, na medida em que permite a identificação de ajustes necessários para a correção da oferta baseada na concepção de atenção básica impulsionada pelas políticas públicas.

Ao reconhecer os distintos tipos e a complexidade de fenômenos a serem avaliados na ABS, verifica-se que o alcance da análise quantitativa habitualmente não é suficiente para a compreensão desejada do fenômeno e possibilita respostas parciais às perguntas avaliativas. Por outro lado, ao aceitarmos que o resultado dos serviços de saúde é o produto da interação ocorrida entre o usuário e os profissionais da equipe de saúde, a abordagem qualitativa da avaliação passa a ser considerada quase indispensável, pois os fenômenos avaliados nos serviços possuem uma inter-relação com a subjetividade dos usuários, que é a principal característica da abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa utilizada após a quantitativa possibilitará compreender em maior profundidade a dinâmica interna e, por conseguinte, entender o significado dos múltiplos aspectos dos serviços avaliados (Creswell, 2007, p. 211; Tanaka e Melo, 2008).

Nesse sentido, a avaliação da ABS na construção da rede não deveria se restringir ao serviço em si, mas à relação deste com os outros serviços (nós) da rede, que dispõem de tecnologia (dura e leve), que possam complementar a atenção brindada pela ABS.

Para a avaliação da rede de serviços, propomos o mesmo referencial de Donabedian (1980, 1993), de Estrutura-Processo-Resultado, considerando o componente processo como a relação/fluxo/interação entre os distintos serviços de complexidade tecnológica diferenciada, que compõem a rede de atenção. Vale lembrar que a rede de atenção está dirigida ao princípio da integralidade da atenção, enquanto os serviços de ABS estão mais direcionados à universalidade do sistema de saúde.

A avaliação da rede será focalizada no fluxo percorrido pelo usuário entre os distintos serviços (nós) da rede de saúde. A movimentação do usuário na rede dependerá da construção prévia dessa malha, que, em princípio, deveria ter sido definida pela ABS, na condição de porta de entrada do SUS, conforme preconizado pelo DAB/MS (Brasil, 2006, p. 4). A medição dessa mobilização do usuário deverá ser comparada ao parâmetro que é a construção prévia dessa malha. A comparação deverá levar em conta a adequação da direcionalidade da movimentação, bem como a velocidade com que o usuário acedeu

aos distintos níveis de complexidade da rede para a resolução das modificações ocorridas em suas condições de saúde-doença. O juízo de valor a ser emitido visa identificar os gargalos no fluxo e a necessidade de tecnologias (duras e leves) a serem otimizadas ou disponibilizadas nos distintos serviços (nós) da rede de atenção para prover a integralidade na atenção à saúde.

Para avaliar a integralidade na rede de atenção é recomendável a utilização da condição traçadora (Kessner, 1973). A definição da condição traçadora propiciará o seguimento da atenção em distintos serviços (nós). A utilização da condição traçadora permitirá a identificação da oportunidade da atenção brindada, tendo como parâmetro o grau de evolução do processo saúde-doença apresentado no serviço (nó) anterior da rede e tendo como variável de análise o tempo decorrido para alcançar o serviço com a tecnologia necessária para a melhoria na saúde do usuário. De maneira semelhante ao apresentado para a ABS, será necessária a utilização da abordagem quantitativa e qualitativa para dar conta da avaliação do fluxo e do seguimento da condição traçadora no conjunto da rede.

Nesse caso específico, será necessário a coleta de dados primários quantitativos na medida em que os bancos de dados disponíveis se baseiam em procedimentos e a avaliação da rede se refere ao fluxo de indivíduos. Para tanto, é recomendável que essa informação seja coletada diretamente em cada serviço de dados secundários, como prontuário clínico ou outra fonte de registro, que permita resgatar a condição traçadora dos indivíduos. Tendo em vista as dificuldades e o custo dessa coleta primária e considerando a necessidade de avaliar a continuidade da atenção que propicie a integralidade do cuidado será necessário um desenho tipo *semana típica* (Tanaka e Melo, 2004).

A avaliação de resultado de uma rede de atenção em que a porta de entrada seja a ABS deverá identificar o quanto a rede foi capaz de evitar, minimizar ou mesmo interromper a evolução de um processo saúde-doença, que tendo iniciado na ABS, englobado a capacidade de promoção e manutenção da saúde, diagnóstico e tratamento oportuno em tempo e com

a tecnologia disponível na porta de entrada do sistema, tenha sido adequadamente complementado na rede de serviços de saúde.

Para isso, a abordagem qualitativa deverá ser capaz de identificar por meio de entrevistas semiestruturadas (Minayo, 2010) junto a informantes-chave, devidamente identificados em serviços selecionados. Cabe realçar que esses serviços selecionados serão identificados na abordagem quantitativa. A descrição detalhada da relação funcional dos serviços e principalmente dos mecanismos de comunicação e operação entre os distintos serviços (nós) da rede permitirão identificar as variáveis de funcionamento e a organização de cada serviço em particular e do conjunto dos serviços da rede de atenção.

A abordagem quantitativa propiciará conhecer a representatividade dessa utilização, enquanto a abordagem qualitativa propiciará conhecer o significado dessa condição. Com essa proposta metodológica será possível identificar os fatores que influenciam a utilização dos serviços de ABS e da rede de atenção que possam ser modificados pela avaliação realizada.

A presente proposta possibilitará realizar os ajustes necessários para o aumento da confiabilidade e de garantia da resolutividade da ABS como porta de entrada do sistema. Sendo resultante de um adequado e oportuno funcionamento da rede de atenção que legitime a ABS frente ao usuário brindando a atenção integral ao processo saúde-doença.

Referências

- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde).
- BRASIL. *Portaria n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-78, jul./set. 1997.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *A atenção básica que queremos*. Brasília: CONASEMS, 2011. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/area-de-arquivos/view.download/5/243>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 29-46.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980. v. 1

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. *Salud Pública de México*, Morelos, v. 35, n. 1, p. 94-7, 1993.

FRENK, J. O. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, Morelos, v. 27, n. 5, p. 439-453, 1985.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, maio/jun. 2009.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality: the case for tracers. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 288, n. 4, p. 189-94, 1973.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 18, n. 4 supl, p. 3-11, 2008.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 2010.

ROVERE, M. *Redes em salud: um nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999.

SAMICO, I. et al. (Orgs.). Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: AVALIAÇÃO em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

STARFIELD, B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: EDUSP/OPS, 2004.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A. A.; CÉSAR, C. L. G. *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2008.

TANAKA, O. Y.; DRUMOND JÚNIOR, M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 19, n. 4, p. 355-366, 2010.

VÁZQUEZ, N. M. L.; VARGAS, L. I. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? *Revista Ciencias de la Salud*, Bogotá, v. 4, n. 1, p. 05-09, 2006.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R., A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 n. supl, p. 225-264, 2005.

Recebido em: 26/05/2011

Aprovado em: 28/06/2011